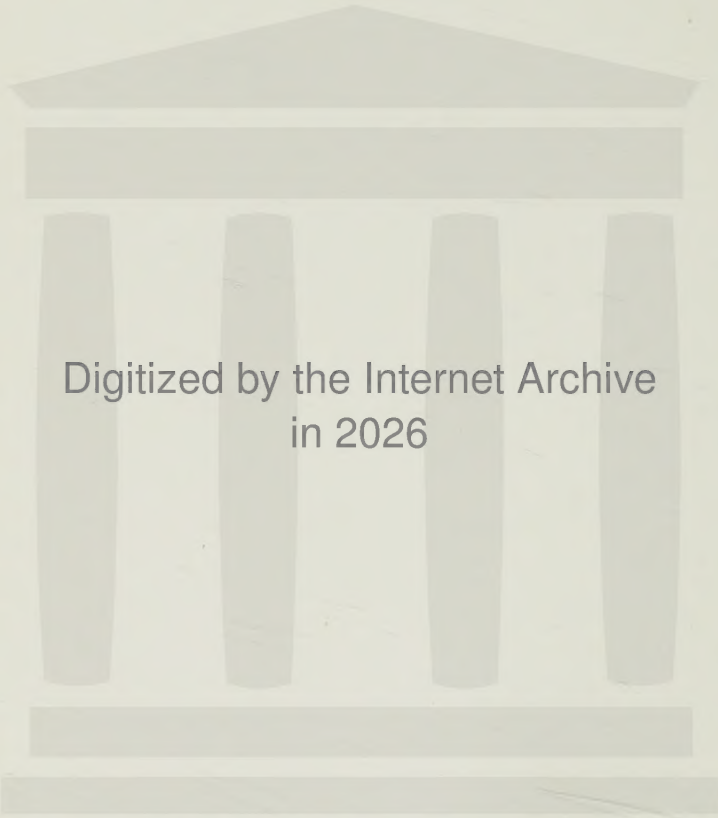


VERÄNDERUNGEN IN DER INDIKATIONSSTELLUNG
DER ABRASIO BEI GUTARTIGEN
BLUTUNGSANOMALIEN

ATERIOS TSAKIRIS

1970



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der I. Frauenklinik der Universität München
Komm. Direktor: Prof. Dr. R. Kaiser

Veränderungen in der Indikationsstellung der
Abrasio bei gutartigen Blutungsanomalien.

(Frequenz und Ergebnisse an der I. Universitäts-
Frauenklinik München 1963 - 1965).

Inaugural-Bissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von
Asterios T s a k i r i s
aus Assiros - Saloniki/Griechenland

München 1970

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität München

Berichterstatter : Prof. Dr. R. Kaiser

Mitberichterstatter: Prof. Dr. R. Kaiser

Dekan. : Prof. Dr. E. Kraft

Tag der mündlichen Prüfung : 20.1.1970



Inhaltsverzeichnis

I. EINLEITUNG

- a) Abrasio und Hormonbehandlung in der Behandlung von Blutungsanomalien.
- b) Gutartige Blutungsanomalien und deren Ätiologie.

II. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

A. Art und Einteilung des Krankengutes

- a) Abrasionsfrequenz
- b) Blutungstyp und Altershäufigkeit
- c) Histologische Ergebnisse und Altersverteilung

B. Rezidivfrequenz

- a) Abrasio
- b) Abrasio mit Hormonnachbehandlung.

III. ZUSAMMENFASSUNG

IV. LITERATURVERZEICHNIS

I. EINLEITUNG

a) Abrasio und Hormonbehandlung in der Behandlung von Blutungsanomalien.

Die Kurette ist seit etwa 1847 in der Hand der Gynäkologen in Gebrauch. R. SCHRODER und R. MAYER stellten sie als eine Art "Anreiztherapie" hin, d.h. sie wirkt wie ein starkes Stimulans auf den Uterus bzw. auf das ganze innere Genitale. BUSSE nahm die Wirkung der Abrasio als Ovarialanreiztherapie. BONDI fand nach einfacher Abrasio keine Beeinflussung des nächsten Zyklus. SCHÄFFER meint, daß die Abrasio Unregelmäßigkeiten des Menstruationszyklus herbeiführt. Der therapeutische Effekt der Kurettage wird nach HINZ durch die mechanische Wirkung auf die basale endometrielle Wundfläche im Sinne einer Reinigung erklärt.

Bis zum Beginn der Hormonära war die Abrasio in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht das Mittel der Wahl bei uterinen Blutungsstörungen. R. SCHRODER wandte sich jedoch schon 1922 in seinem Lehrbuch der Gynäkologie gegen die reflektorische Vornahme einer "Auskratzung" bei Menorrhagien. Außerdem erwähnte er bereits die Möglichkeit, "Ovulationsblutungen" sowie "post- und praemenstruelle Blutungen" erfolgreich mit Ovarialpräparaten zu behandeln. Bezüglich der Therapie der glandulär-cystischen Hyperplasie empfahl RUNGE 1933 die Abrasio zur Blutstillung, während für die Rezidive bereits "Corpusluteum-Hormonpräparate" in Erwägung gezogen wurden. KAUFMANN und GIESEN machten in den 40er Jahren Behandlungsvorschläge für Blutungen auf der Basis einer glandulär-cystischen Hyperplasie mit Progesteron. Untersuchungen von OBER und Mitarb. (1954) ergaben dann die Überlegenheit einer Östrogen-Progesteron-Kombinationstherapie mit Sistocyclin gegenüber der

ausschließlichen Progesteronanwendung. In etwa 90 % der Fälle konnten dysfunktionelle Blutungen erfolgreich behandelt werden. Seit 1956 trat die orale Behandlung zunehmend in den Vordergrund. KAISER empfahl 1957 eine Dosierung von täglich 10 bis 15 mg Äthinyl-nortestosteron + 0,04 bis 0,06 mg Äthinylöstradiol; später vereinfachten die Kombinationspräparate Primosiston und Menova oder auch die sogenannten Ovulationshemmer mit einem höheren Progesteronanteil (Anovlar, Lyndiol, Aconcen u.A.) den Behandlungsmodus.

b) Gutartige Blutungsanomalien und deren Ätiologie.

Als funktionelle Uterusblutungen können nach HINZ einmal die Blutungen bezeichnet werden, die auf endokrinen Störungen beruhen. Zu ihnen gehören aber auch eine Reihe von Blutungsstörungen ohne endokrine Dysfunktion, wie z.B. atypische Genitalblutungen auf rein psycho-nervöser Grundlage, deren Häufigkeit von V. MIKULICZ-RADECKI auf etwa 20 % angegeben ist.

Die meisten Autoren sprechen von funktionellen Uterusblutungen wenn keine größeren Veränderungen im Bereich des kleinen Beckens palpatorisch nachweisbar sind.

BREWER und JONES sind der Auffassung, daß auch bei größeren Genitalveränderungen der Begriff "funktionelle Blutungen" berechtigt ist, da die ovariellen und endometriellen Gewebsveränderungen oft nicht anders seien, als bei Fehlen größerer pathologischer Veränderungen im Bereich des kleinen Beckens. Den meisten gutartigen Blutungsanomalien liegt eine primäre oder sekundäre Ovarialinsuffizienz zugrunde. Nach R. SCHRÖDER ist die Follikelpersistenz einer der wichtigsten ätologi-

schen Faktoren der Pubertäts- und der klimakterischen Metrorrhagien. TIETZE wendet sich aber dagegen, daß die Erkrankung (aufgrund der Altersverteilung) als Pubertäts- oder klimakterische Blutung den Eindruck erwecken könnte, als ob es sich bei den klimakterischen, postklimakterischen und Menopausenblutungen um eine besondere Art der Blutungen handeln könnte.

II. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

A. Art und Einteilung des Krankengutes

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frequenz und den Ergebnissen der Abrasio bei Frauen mit gutartigen Blutungsanomalien von der Menarche bis zur Menopause und Senium.

Zugrunde gelegt wurde das Krankenmaterial aus 3 Jahren (vom 1.1.1965 bis 31.12.1965). Sämtliche Frauen, die während dieses Zeitausschnittes in der I. Universitäts-Frauenklinik München wegen Blutungsanomalien und Blutungen abradiiert wurden, sind erfaßt; ausgenommen die Frauen, bei denen ein Carcinom, eine Erosion, ein Cervixpolyp, eine Entzündung, ein Abortus oder eine extrauterine Gravidität festgestellt wurde.

Das gesamte ermittelte Krankengut von 654 Frauen wurde in 3 Gruppen aufgeteilt:

1. unter dem 42. Lebensjahr
2. vom 42. Lebensjahr bis zur Menopause (Praemenopause),
3. nach der Menopause (Postmenopause).

Als Definition des Begriffes Menopause wurde die von KAISER und JAKUBS angewendet, also der Zeitpunkt derjenigen Periode, die nach einjähriger Amenorrhoe im Klimakterium folgt.

Die Ergebnisse sind folgende:

a) Abrasionsfrequenz

261 (= 39,9 %) Frauen waren in der Praemenopause, 228 als 34,9 % in der Postmenopause und 165 (= 25,2 %) Frauen waren unter 42 Jahren. Die häufigsten Abrasionen, wie Tabelle 1 deutlich zeigt, fanden bei Frauen in der Praemenopause statt. In dieser Zeit wurde die Abrasio meist während der Blutung vorgenommen, dagegen in der postmenopause meist in einer blutungsfreien Phase (Tabelle 2).

Tabelle 1

Verteilung der Abrasionsfrequenz in drei Altersgruppen.
1963 - 1965

Gesamtzahl %		unter 42. Lebensjahr Anzahl %		Praemenopause Anzahl %		Postmenopause Anzahl %	
654	100	165	25,2	261	39,9	228	34,9

Tabelle 2

Abrasionsfrequenz

a) Im Stadium der Blutung

b) Im blutungsfreien Stadium

	Gesamtzahl %		a) Anzahl %		b) Anzahl %	
1963 bis 1965	654	100	363	55,5	291	44,5
Unter 42. LJ.	165	25,2	117	70,9	48	29,1
Praemenopause	261	39,9	158	60,5	103	39,5
Postmenopause	228	34,9	88	38,6	140	61,4

Die Tabellen 3, 4 und 5 und Abb. 1 zeigen, daß das Operations- und ambulante Krankengut in der I. Universitäts-Frauenklinik München zwischen 1963 und 1965 zunahm (um 15,1 % das Operations- und um 14 % das ambulante Krankengut), und die Frequenz der Abrasio um 4,67 % zurückging.

Tabelle 3

Frequenz der Poliklinikspatienten

1963 : 7000
 1964 : 7500
 1965 : 8000 1963 - 65 14 % Anstieg.

Tabelle 4

Frequenz des Operationskrankengutes der
 Klinik ohne Abortus.

1963 : 1132
 1964 : 1181
 1965 : 1303 1963 - 65 15,1 % Anstieg.

Tabelle 5

Vergleich zwischen gesamtem Operationskrankengut der
 Klinik und Abrasionsfrequenz.

	Op.-Fälle ohne Abortus	Abrasio
1963	1132 davon	225 19,87 %
1964	1181 "	230 19,47 %
1965	1303 "	199 15,20 %

- Die Abnahme der Abrasionsfrequenz betrifft vor allem, wie sich aus Tabelle 6 und Abb. 2 entnehmen läßt, die Frauen bis zum 42. Lebensjahr (15,3 % auf 4,1 %).

Tabelle 6

Abrasionsfrequenz in Altersverteilung und Jahrgängen.

	Gesamtzahl Anz. %		unter 42.LJ Anz. %		Praemenopause Anz. %		Postmenop. Anz. %	
63-65	654	100	165	25,2	261	39,9	228	24,9
1963	225	34,4	87	13,3	77	11,9	61	9,3
1964	230	35,2	51	7,8	98	14,9	81	12,4
1965	199	30,4	27	4,1	86	13,1	86	13,2

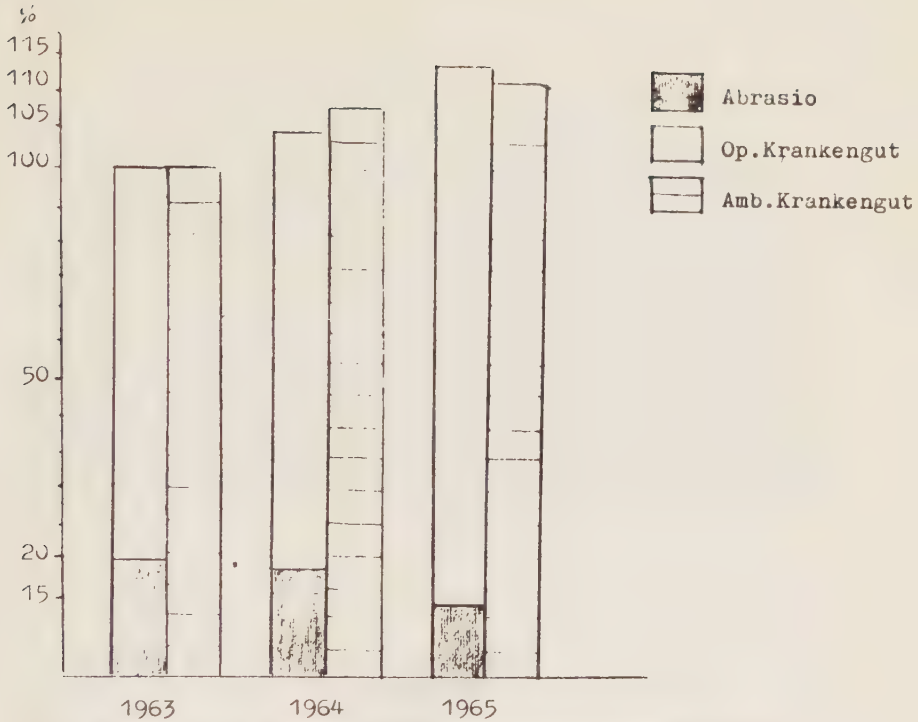


Abb. 1 Relations Abnahme der Abrasio gegenüber dem Operations- bzw. Ambulanzkrankengut.

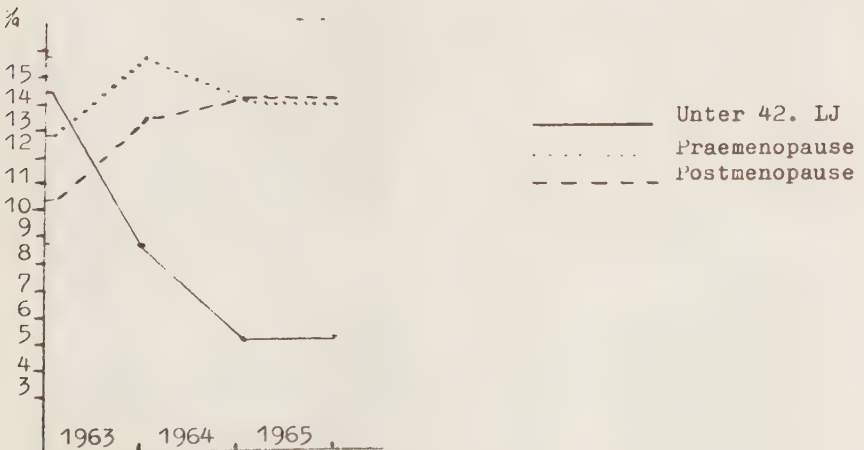


Abb. 2 Prozentuale Altersverteilung der Bildungsanomalien im Jahre 1963 - 65.

b) Blutungstyp und Altershäufigkeit

Unter den 654 Frauen mit Blutungsanomalien kamen 399 Metrorrhagien vor, was 45,6 % des Gesamtkollektives bedeutete. Metrorrhagien im Periodenintervall von mehr als 8 Tagen hatten 85 Frauen, also 9,7 % und 314 Frauen hatten azyklische Metrorrhagien (= 35,9 %).

An zweiter Stelle kamen die Frauen mit Dauerblutungen, 28,3 %, davon 5,9 % mit einer vorausgegangenen Amenorrhoe und 22,4 % ohne Amenorrhoe. Menorrhagien kamen in 17,5 %, Regeltempoanomalien in 5,8 %, post- und praemenstruelle Blutungen in 1,7 bzw. 0,7 % und Mittelblutungen in 0,4 % (Tabelle 7 und Abb. 3) vor.

Tabelle 7

Art der Blutungsanomalien.

1963 - 1965	Zahl	%	Zahl	%
Dauerblutungen	248	28,3	a) mit vorausgegangener Amenorrhoe 51	5,9
			b) ohne Amenorrhoe 196	22,4
Menorrhagien	153	17,5		
Praemenstruelle Blutungen	6	0,7		
Postmenstruelle Blutungen	15	1,7		
Mittelblutungen	3	0,4		
Metrorrhagien	399	45,6	a) im Zyklus 85	9,7
			b) azyklisch 314	35,9
Regeltempusanomal.	51	5,8		

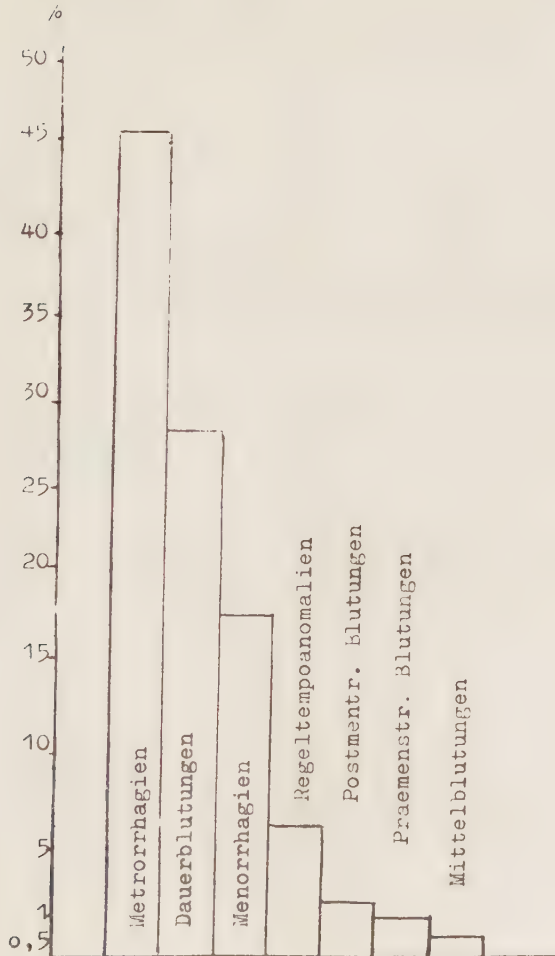


Abb. 3 Prozentuale Häufigkeit der verschiedenen Blutungstypen.

Bei den häufigsten Blutungsanomalien (Tabelle 8) ging die Frequenz der Abrasio, sowohl bei den Dauerblutungen, als auch bei den Regeltempoanomalien erheblich zurück. Am wenigsten wurde bei Frauen mit Blutungen in der Prae- und Postmenstruation sowie auch bei Mittelblutungen abstrahiert.

Tabelle 8

Verteilung der häufigsten Blutungsanomalien nach Jahrgängen

Jahrgänge	Metrorrhagien		Dauerblutg.		Menorrhagien		Regeltempoanomalien	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1963	135	15,5	111	12,7	62	7,1	28	3,2
1964	128	14,6	96	10,9	45	5,1	14	1,6
1965	135	15,6	41	4,7	46	5,3	9	1,0

Betrachten wir das Alter der Patientinnen nach der Häufigkeit der Blutungsanomalien (Tabelle 9), so treten die Metrorrhagien am häufigsten in der Postmenopause auf. Dauerblutungen dagegen sind mehr in der Praemenopause anzutreffen.

Tabelle 9

Häufigkeit der verschiedenen Blutungsanomalien nach dem
Alter der Patientinnen.

1963 - 1965	unter 42 Jahren		Praemenop.		Postmenop.	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Dauerblutungen	73	8,3	103	12,3	67	7,6
Menorrhagien	50	0,4	97	11,1	-	-
Praemenst. Blutungen	3	0,4	3	0,4	-	-
Postmenst. Blutungen	9	1,0	6	0,7	-	-
Mittelblutungen	1	0,1	2	0,2	-	-
Regeltempusanomalien	16	1,8	35	4,0	-	-
Metrorrhagien	97	11,1	122	13,9	180	20,6

Ganz deutlich zeigte die Abrasionsfrequenz (Tabelle 10) bei allen Blutungsanomalien bei Frauen bis zum 42. Lebensjahr in der Zeit von 1963 bis 1965 eine erhebliche Abnahme. Eine ähnliche Abnahme konnten wir in der Praemenopause nur bei Dauerblutungen beobachten (Tabelle 11). Bei den übrigen Blutungsanomalien blieben stabile Verhältnisse. In der Postmenopause wurde keine Abnahme der Frequenz festgestellt (Tabelle 12).

Verteilung der Blutungsanomalien nach Jahrgängen und Alter.

Tabelle 10 Unter dem 42. Lebensjahr

Jahrgänge	Metrorrhagien		Dauerblutgen.		Menorrhagien		Regeltempoanomalien	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anz.	%
1963	56	6,4	44	5,0	26	3,0	11	1,2
1964	28	3,2	23	2,7	18	2,1	5	0,6
1965	13	1,5	5	0,6	12	1,3	-	-

Tabelle 11 In der Praemenopause

Jahrgänge	Metrorrhagien		Dauerblutgen.		Menorrhagien		Regeltempoanomalien	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anz.	%
1963	38	4,3	37	4,2	36	4,1	17	2,0
1964	47	5,4	46	5,2	27	3,1	9	1,0
1965	37	4,2	25	2,9	34	3,9	9	1,0

Tabelle 12 In der Postmenopause

Jahrgänge	Metrorrhagien		Dauerblutgen.		Menorrhagien		Regeltempo-anomalien	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anz.	%
1963	41	4,7	30	3,4	-	-	-	-
1964	53	6,1	26	3,0	-	-	-	-
1965	86	9,8	11	1,2	-	-	-	-

c) Histologische Ergebnisse und Altersverteilung.

Bei der histologischen Untersuchung fanden wir in unseren Blutungsanomalien am häufigsten das Bild der abnorm proliferierten Schleimhaut mit 23,2 % (Tabelle 13). Zweithäufig kam dann die Diagnose funktionsloser Schleimhaut mit 10,0 % und der Reihe nach folgen die histologischen Diagnosen: Hypertrophische Schleimhaut mit 7,9 %, abgelutete Schleimhaut mit 7,7 %, abnorm sezernierte Schleimhaut mit 6,8 %, atrophische Schleimhaut mit 4,8 %, stark proliferierende endom. Drüsensekretion mit 2,7 % und dezidual umgewandelte Coprusschleimhaut mit 2,6 %.

Tabelle 13

Gesamtverteilung der histologischen Endometriumbefunde.

1963 - 1965	Gesamtzahl	%
Mangelhaft prolif. Schleimhaut	152	23,2
Mangelhaft sezern. Schleimhaut	45	6,8
Hyperplastische Schleimhaut	52	7,9
Funktionslose Schleimhaut	66	10,0
Abgeblutete Schleimhaut	51	7,7
Atrophische Schleimhaut	32	4,8
Gland.-zyst.Hyperplasie	50	7,6
Stark prolif. endom. Schleimh.	19	2,7
Dezidual umgewandelte Schleimh. des Corpus uteri	17	2,6

Der prozentuale Anteil der Blutungsanomalien, die durch Organveränderungen bedingt waren, betrug in unserem Gesamtkollektiv (Tabelle 14) 19,6 %. Am häufigsten als Ursache war der Corpuspolyp mit 10 % beteiligt. Es folgten dann das submucöse Myom mit 7,1 % und die Endometritis und Endometriose mit 2,5 %.

Tabelle 14

Durch Organveränderungen bedingte Blutungen

1963 bis 1965	Gesamtzahl	%
Corpuspolyp	66	10,0
submucöses Myom	47	7,1
Endometritis und Endometriose des Uterus	47	2,5

Altergemäß kam der Corpuspolyp am häufigsten in der Postmenopause vor. Das submucöse Myom dagegen wurde häufig in der Praemenopause beobachtet (Tabelle 15).

Tabelle 15

Häufigkeit organischer Blutungsursachen in den einzelnen Altersgruppen

1963 - 1965	Unter 42 Jahren		Praemonopause		Postmenopause	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Corpuspolyp	7	1,1	14	2,1	45	6,8
Submucöses Myom	14	2,1	31	4,7	2	0,3
Endometritis u. Endometriose	11	1,7	3	0,4	3	0,4

Bei der Altersverteilung der histologischen Schleimhautbilder der dysfunktionellen Blutungen fanden sich erwartungsgemäß mit fortschreitendem Alter der Patientinnen immer seltener östrogen aktivierte Schleimhäute (Tabelle 16).

Tabelle 16

Altersverteilung bei den am häufigsten vorkommenden
histologischen Diagnosen.

1963 - 1965	Unter 42 Jahren		Praemenopause		Postmenopause	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mangelh. prolif. Schleimhaut	69	10,6	66	10,0	17	2,6
Mangelh. sezern. Schleimhaut	23	3,5	20	3,0	2	0,3
Glanduläre Hyperplasie	8	1,2	34	5,2	10	1,5
Funktionslose Schleimhaut	13	1,9	20	3,1	33	5,0
Abgeblutete Schleimhaut	8	1,2	9	1,3	34	5,2
Atrophische Schleimhaut	-	-	6	0,9	26	3,9

B. Rezidivfrequenz

Die meisten Blutungsrezidive kamen bei den jugendlichen Frauen vor. Bei den klimakterischen Frauen kann man in etwa mit der Hälfte der Fälle rechnen, daß entweder schon nach einigen Wochen oder mehreren Monaten dieselbe Anomalie wieder von Neuem auftritt. Allgemein wird von den meisten Autoren eine Rezidivhäufigkeit von 30 bis 50 % angegeben. (HINZ, TIETZE, OBER). Weitere Angaben sprechen von 64 % (H. MARTIUS), 30,5 % (SCHÖNCHEN), bei 466 Fällen Abrasio 42,6 % (TIETZE), 24 % (F.v. MIKULICZ und RADECK).

Von den 654 Frauen unseres Kollektives, bei denen eine Abrasio vorgenommen wurde, mußte bei 81 Patientinnen (= 12,38 %) wegen therapieresistenter Meno- und Metrorrhagien der Uterus total exstirpiert werden. In fast allen Fällen war der Uterus myomatös-hyperplastisch. Altersmäßig waren 21 Frauen unter dem 42 Lebensjahr, 59 in der Praemenopause und 1 Frau in der Postmenopause. 2 Frauen zeigten das Bild einer glandulär-zystischen Hyperplasie, bei den übrigen Fällen war zwölfmal die Kombination mit Endometriose und Endometritis festzustellen.

Nach der Abrasio mußten von 189 Frauen unter unserer Beobachtung und Kontrolle in der Poliklinik, 81 Patientinnen mit Hormonen nachbehandelt werden. 108 Frauen benötigten keine Hormone. Bei 87,3 % (= 165 Fälle) traten für mindestens ein halbes Jahr keine abnormen Blutungen mehr auf. 24 Frauen, also 12,7 % bekamen Rezidivblutungen. Von den Rezidiven waren 6,8 % Blutungen nach der Abrasio und ohne Hormonnachbehandlung. Bei 5,8 % traten Blutungen trotz Hormonnachbehandlung auf (Tabelle 17).

Tabelle 17 Rezidivfrequenz nach Abrasio

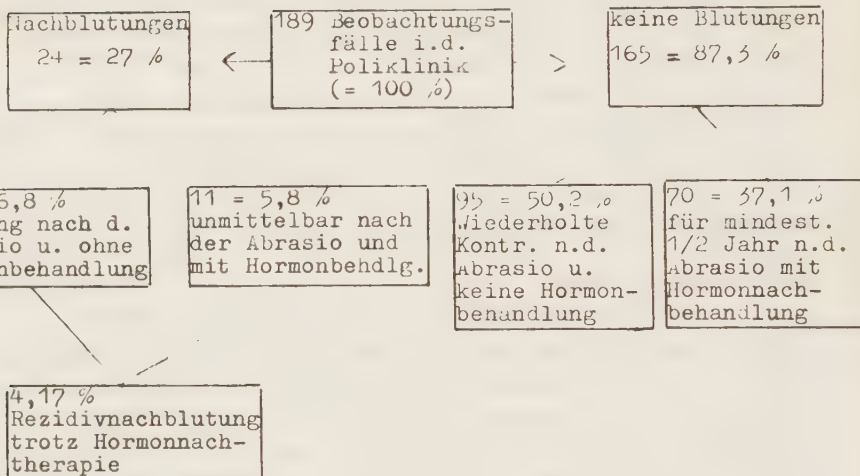


Tabelle 18 Altersverteilung der erfolgreichen Fälle allein durch Abrasio

Gesamtzahl	Unter dem 42.LJ.	Praemenopause	Postmenopause
95 (= 50,2 %)	18 (= 9,5 %)	21 (= 11,1 %)	56 (= 29,6 %)

Tabelle 19 Altersverteilung der erfolgreichen Fälle mit Abrasio und Hormonnachbehandlung.

Gesamtzahl	Unter dem 42.LJ	Praemenopause	Postmenopause
70 (= 37,1 %)	17 (= 9,0 %)	49 (= 26 %)	4 (= 2,1 %)

Von den 87,3 % erfolgreichen Fällen waren 37,1 % in Ordnung, weil mit Hormonen nachbehandelt wurde. Nur 50,2 % der Frauen mit Blutungsanomalien hatten allein durch die Abrasio keine Blutungen mehr.

Wir betrachten die Frauen, die mit Hormonen nachbehandelt werden mußten, als Versager der Abrasio und stellten eine Rezidivfrequenz bei alleiniger Abrasio von 43,9 % fest; dies bedeutet über das Siebenfache gegenüber der Hormontherapie mit 5,8 % Rezidiven.

Von den 24 Frauen mit Rezidivblutungen wurde bei 7 ein myomatös hyperplastischer Uterus festgestellt.

Nach Laparatomie ergab sich bei 2 Frauen in der Menopause ein Ovarialtumor. Mit weiterer Hormonnachbehandlung stand die Blutung außer in 2 Fällen mit therapieresistenten Blutungen und einer Frau, die nochmals abradiert wurde, bei allen Rezidiven. Die Tabellen 20 und 21 geben die Zeitabstände der Rezidivblutungen mit Blutungstyp und Alter der Frauen wieder.

Tabelle 20

Zeitpunkt der Rezidivblutungen nach Abrasio

Blutungen n.d.Abrasio	Gesamt- zahl	Unter d. 42.LJ. Anzahl	Prämeno- pause Anzahl	Postmeno- pause Anzahl
	13	4	4	5
Unmittelbar	1	-	1	-
Nach 4 Wochen	5	-	2	3
Nach 8 Wochen	1	1	-	-
Nach 1/4 Jahr	2	-	-	2
Nach 4 Monaten	2	2	-	-
Nach 5 Monaten	1	1	-	-
Nach 1/2 Jahr	1	-	1	-

Tabelle 21

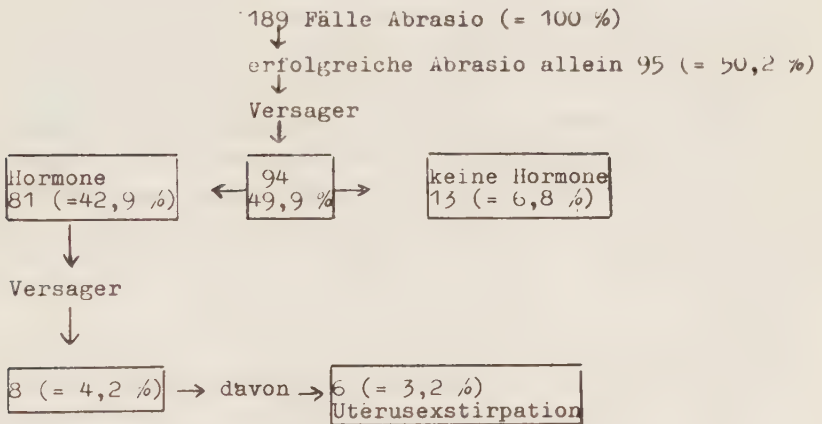
Zeitpunkt der Rezidivnachbehandlung nach Abrasio
und Hormontherapie

Blutung nach d. Abrasio u. Hormontherapie	Gesamt- zahl	Unter d. 42. LJ. Anzahl	Praemeno- pause Anzahl	Post- menop. Anzahl
	11	5	6	-
Unmittelbar	1	-	1	-
Nach 2 Wochen	2	-	1	-
Nach 4 Wochen	1	1	-	-
Nach 5 Wochen	1	1	-	-
Nach 6 Wochen	2	1	1	-
Nach 9 Wochen	1	-	1	-
Nach 3 Monaten	2	1	1	-
Nach 4 Monaten	1	1	-	-

Insgesamt betrug die Rezidivquote der Hormontherapie bei den gutartigen Blutungsanomalien 4,2 %. Davon waren 3,2 % (= 6 Fälle) therapieresistente Blutungen bei Uterus myomatosus, wo dann eine totale Exstirpation des Uterus vorgenommen wurde (Tab. 22).

Tabelle 22

Ergebnisse der Abrasio allein und hormonale Nachbehandlung bei 189 Patientinnen unter Beobachtung und wiederholter Kontrolle in der Poliklinik.



III. ZUSAMMENFASSUNG

Auf der Suche nach Karzinomen bei Blutungen aus dem Corpus uteri mit intakter Portio wurde bei 654 Frauen die Abrasio mucosae uteri im Jahre 1963 bis 1965 an der I. Universitäts-Frauenklinik München vorgenommen. Ausgenommen wurden diejenigen Frauen, bei denen bei der gynäkologischen Untersuchung, SpekulumEinstellung und Zytodiagnostik ein Karzinom, eine Erosion, ein Cervixpolyp, eine Entzündung, ein Abort oder eine extrauterine Gravidität sich ergaben.

363 Patientinnen (= 55,5 %) bluteten bei der Abrasio. Bei den übrigen 291 (= 44,5 %) Frauen wurde die Abrasio im blutungsfreien Intervall vorgenommen.

Wir stellten fest, daß die Frequenz der Abrasiobehandlung bei gutartigen Blutungsanomalien (funktionelle Blutungen bei intakter Portio) in der Poliklinik der I. Universitäts-Frauenklinik München zwischen den Jahren 1963 und 1965 um 4 % abnahm. Die Abnahme der Abrasionsfrequenz betraf besonders die Frauen unter 42 Lebensjahren. 13,3 % 1963 und 1965 4,1 %.

45,6 % der Frauen hatten Metrorrhagien, 9,7 % davon im Periodenintervall und 35,9 % azyklisch. An zweiter Stelle kamen Dauerblutungen mit 28,3 %, davon 5,9 % mit Amenorrhoe und 22,4 % ohne Amenorrhoe. Es folgten dann die Menorrhagien mit 17,5 %, Regeltempoanomalien mit 5,8 %, post- und praemenstruelle Blutungen mit 1,7 % und Mittelblutungen mit 0,4 % (siehe Tabelle 7 und Abb. 3).

Das histologische Bild bei den Meno-Metrorrhagien sowie den Dauerblutungen zeigte meist in allen drei Altersgruppen ein funktionsgestörtes, unregelmäßiges, mangelhaft proliferierendes oder sezernierendes Endometrium (siehe Tabelle 13 und 15). Die glandulär-zystische Hyperplasie war mit 7,6 % beteiligt (siehe Tabelle 13).

Wegen therapieresistenter Blutungen wurde bei 12,38 % der Frauen der Uterus total exstirpiert. Durch Abrasio allein haben wir bei Blutungen - auch bei Frauen mit myohyperplastischem Uterus - eine Blutstillung in 50,2 % der Fälle erreicht. Die Versager wurden mit Hormonen nachbehandelt. Es ergab sich bei 4,2 % der Frauen trotz der Hormonnachbehandlung eine Rezidivblutung. Wir kamen zur Schlußfolgerung, daß die Hormontherapie bei Frauen mit dysfunktionellen Blutungen im Verhältnis zur primären Abrasionsbehandlung, welche eine Rezidivfrequenz von 43,9 % zeigt, deutlich bessere Erfolge hatte. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, ist deshalb die Hormonbehandlung die Therapie der Wahl bei allen dysfunktionellen Blutungen.

IV. L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- BRANDSTÄTTER, W. : Die Blutungen im Postklimakterium und in der Menopause unter besonderer Berücksichtigung der gutartigen Blutungsursachen und der Abrasionsergebnisse.
Magdeburg 1957,
Inaug. Diss.
- BRÖSEMEIER, E.: Klinischer und histolog. Befund bei Blutungen von Frauen im präklm. Alter.
Münster 1950
Inaug. Diss.
- FAHRING-JANNSEN, K.: Die Behandlung gutartiger Gebärmutterblutungen im Klimakterium. (1940-1958
Heidelberg 1960
Inaug. Diss.
- FROEWIS, J. und
ULM, R.: Zur Behandlung funktioneller Blutungen.
Med.Klinik. 53 ; (1958) 1952
- GAVALLER - DEBRECHEN: Analyse der im Klimakterium auftretenden Blutungsstörungen.
Archiv für Gynäk. 193, (1959) 83.
- GITSCH, E.: Fortschritte der Therapie funktioneller Genitalblutungen.
Zbl. für Gynäk. Heft 23 (1963)
Dtsch.Med. Wschr. 85 (1960) 853
- GITSCH, E.: Die funktionellen Genitalblutungen und ihre Behandlung.
Wien. Klin. Wschr. 70 (1958) 42
- GOECKE, H. Die Klinik des Klimakteriums
Arch.Gynäk. 193 (1959) 33
- GOECKE, H.: Über Häufigkeit der zu gyn. Blutungen führenden Ursachen in den einzelnen Lebensabschnitten der Frau.
Med.Klinik. 7 (1955) 274
- HARTL, H.: Wurde die Behandlung einer glandulär-zystischen Hperplasie in der letzten Zeit geändert?
Dtsch. Med. Wschr. 84; (1959) 1424

- HINZ, W.: Die zeitgerechte Ausschabung bei funktionellen Blutungsstörungen, vom Standpunkt der Zusammenarbeit zwischen Kliniker und Histologen.
Geburtsh. und Frauenh. 13, (1953) 43.
- HINZ, W.: Über den therapeutischen Effekt der Abrasio mucosae uteri.
Geburtsh. und Frauenh. 16, (1956) 993.
- HINZ, W.: Die Bedeutung der Blutungsanamnese für die funktionelle Schleimhautdiagnostik.
Archiv f. Gynäk. 187 (1956) 426.
- HINZ, W. und LAUBER: Über das Vorkommen regresiv veränderter Schleimhautanteile im Abradat und ihre Bedeutung im Rahmen funktioneller Blutungsstörungen.
Zbl. f. Gynäk. H. 40 (1959)
Geburtsh. u. Frauenheilk. 18, (1958) 8
- HIRSCH - HOFFMANN H.: Zur Klinik und Pathogenese der "Verzögerten menstruellen Abstoßung des Endometriums".
Zbl. f. Gynäk. I, (1934) 917
- KAISER, R.,
DAUME, E.: Über eine einheitliche Nomenklatur für das Klimakterium und seine Begleitsymptome.
Geburtsh. und Frauenheilk. 25 (1965) 974
- KAISER, R.
DAUME, E.: Zit. n. PSCHIREMBEL, W.:
Praktische Gynäkologie Auf. 1965, S.469 - 471, de Gruyter Berlin.
- KAISER, R.: Die progestative Wirkung von 19 Nortestosteronverbindung bei oraler Verabreichung.
Geburtsh. u. Frauenheilk. 17 (1957) 24.
- KAISER, R.: Die Behandlung der Myomatosis uteri mit Äthinyltestosteron und seinem Essigsäureester.
Arch. Gynäk. 195 (1961) 247.
- KAISER, R.: Zur Hormonbehandlung und Therapie bei dysfunktionellen Blutungen.
Vort. Tagg. Bayer. Ges. f. Geburtsh. u. Frauenheilk. in Innsbruck 1965, Ref.
Geburtsh. u. Frauenklinik 26 (1966) 338.

- KAISER, R.: Primäre Hormonbehandlung oder Abrasio bei pathologischen uterinen Blutungen? Münchner Med. Wschr. 109 Jg. (1967) Nr. 1
- KAUFMANN, C. und GIESEN, W.: Die hormonale Behandlung der durch Follikelpersistenz bedingten genitalen Blutungen. Zbl. Gynäk. 65 (1941) 705.
- LAHEL, W.: Abrasio und Probeexzision in der Hand des praktischen Arztes. Dresden, Leipzig 1929.
- MJEWSKI, A. und FRITSCHKE, P.: Über die Begriffsbestimmung und Ursachen von Menopauseblutungen auf Grund histologischer Untersuchungsergebnisse. Zbl. f. Gynäk. 1981 (1958).
- MARTIUS, H.: Lehrbuch der Gynäkologie. 8. Auflage, Thieme, Stuttgart 1964. Zbl. f. Gynäk. 1, 1934. Archiv. Gynäk. 144, (1934) 567 Handbuch Veit-Stöckel, 6, II, 270.
- MARKEE: Zit. von HINZ, Geburtsh. und Frauenheilk. 16 (1959) 993.
- F.v. MIKULICZ - RADECKI: Beurteilung und Behandlung atypischer Genitalblutungen bei der Frau. Geburtsh. u. Frauenheilk. 47 (1952) 1339
- NAPP, J.H.: Die "Juvenilen" Blutungen. Dtsch. med. Wschr. 85 ³⁸ (1960) Nr. 23.
- NOVAK: Zit. von W. HINZ; Geburtsh. u. Frauenheilk. 16 (1956) 993.
- OBER K.G., KLEIN, I. und WEBER, U.: Zur Frage einer Progesteronbehandlung. Arch. Gynäk. 184 (1954) 543.
- RUNGE, H.: Gynäkologische Blutungen: Therapie. Arch. Gynäk. 156 (1934) 27.
- SCHRÖDER, R.: Lehrbuch für Gynäkologie F.C. Vogel, Leipzig, 1922.
- SCHRÄDER, R.: Handbuch der Gynäkologie 3. Auflage, Bd. 1/2, hsg. von W. STÖCKEL. Bergmann, München, 1928.
- SCHRÖDER, R.: Über klimakterische, postklimakterische und Menopausenblutungen. Zbl. f. Gynäk. 70, (1948) H. 9, S. 833.

- SIEGEL, P. und
ROTHE, A.: Über Oestrogenwirkung in der Menopause.
Dtsch. Med. Wschr. 82, (1957) 1129.
- STORCKE: Lehrbuch für Gynäkologie, LAX,
Hirzel-Verlag, Leipzig, 1960.
- WALLAU, R.: Untersuchungen über Vorkommen und Ursachen
der Blutungen im Klimakterium und in der
Menopause.
Zbl. f. Gynäk. 74, (1952) 429.
- WEBER, L.: Die hormonale Therapie der durch "verzö-
gerte Abstoßung" bedingten Blutungsstö-
rungen.
Geburtsh. und Frauenheilk. 14, (1954) 710.
- WESPI, H.J. und
REHSEINER, H.P.: Notfallsbehandlung dysfunktioneller Blu-
tungen mit Ovulationshemmer.
Geburtsh. u. Frauenheilk. 26 (1966) 1576.
- WETTICH, J.E.: Pathologischer Blutungen in den einzelnen
Lebensabschnitten der Frau.
Inaug. Diss., Göttingen 1960.
- WINTER, G.F.: Über die Wahl des richtigen Zeitpunktes
bei der Kürettage.
Dtsch. Med. Wschr. 81, (1956) 1678.
- WINTER, G.F.,
HANTSCH R.,
ROTTERPOOL, P.: Über postklimakterische und Menopausen-
Blutungen.
Zschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 150 (1958) 19
- ZIEITZE, K.: Die Verteilung der zu azyklischen Blutun-
gen führenden Erkrankungen der Frau auf
die einzelnen Lebensjahrzehnte.
Dtsch. Med. Wschr. 48, (1932), 1876.

Meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Prof. Rolf KAISER
danke ich aufrichtig für die Überlassung und Bestätig-
ung des Themas sowie für die wertvollen Hinweise bei
der Aufstellung der Arbeit.

Lebenslauf

Als zweiter Sohn des Landwirtes Antonios T s a k i r i s und seiner Ehefrau Filomeni T s a k i r i s, geborene Mich-topulos, wurde ich, Asterios T s a k i r i s am 18. Oktober 1936 in Assiros, Thessaloniki/ Griechenland, geboren.

Nach dem Besuch der 6-Klassige Volksschule zu Assiros ging ich zu erst an der Humanistische Gymnasium zu ~~Thessaloniki~~ Langadas und dann in das vi. Humanistische Gymnasium zu Thessaloniki, wo ich im Juli 1955 die Reifeprüfung ablegte. Anschließend arbeitete ich bis Januar 1957 als Schreiber und Sekretär bei der Behörden in Assiros.

Im Sommer Semester 1957 begann ich als Werkstudent das Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität München. Ich beendete das Medizinstudium im April 1966 mit dem medizinischen Staatsexamen. Daraufhin arbeitete ich als Medizinal Assistent bis Dezember 1967.

Von Januar 1968 bis Mai 1969 leistete ich meine Militärpflichtdienst in Griechenland als Offizierarzt.

Ich stehe vor der Approbation und möchte die Fachausbildung für Gynäkologie beginnen.

